

## QUESTIONNAIRE MEDICAL

Formulaire à renseigner par les responsables légaux des élèves mineurs en début de formation  
A remettre A LA VIE SCOLAIRE avec l'avis médical du médecin traitant.

Votre (fils) (fille) va intégrer un cycle de formation professionnelle l'amenant à effectuer des travaux réglementés par le code du travail pour les jeunes âgés de 15 ans au moins et de moins de 18 ans.

Conformément à la réglementation (décret no 2013-914 et 915 du 11 octobre 2013 relatifs à la procédure de dérogation prévue à l'article L.4153-9 du code du travail), une visite médicale annuelle est indispensable pour autoriser l'élève mineur à travailler en atelier dans l'établissement.

A cet effet, il vous est demandé de remplir le questionnaire ci-dessous destiné au médecin en charge d'examiner votre enfant.

**Vos réponses sont strictement confidentielles, soumises au secret médical.**

**Vous mettez ce document complet sous enveloppe cachetée à l'attention du médecin de l'Education Nationale.**

### RENSEIGNEMENTS SUR L'ÉLÈVE

Nom : Prénom : Classe :  
Date de naissance :  
Age :  
Nom et adresse du responsable :  
Téléphone :  
Nom et prénom du conjoint :  
Téléphone :  
Nom et coordonnées du médecin traitant :

### MALADIES PRESENTÉES ANTÉRIEUREMENT PAR VOTRE ENFANT

A-t-il déjà fait des convulsions ?  OUI  NON Si oui, à quel âge ?  
A-t-il eu d'autres maladies neurologiques ?  OUI  NON  
S'agissait-il d'une méningite ?  OUI  NON  
A-t-il eu des maladies respiratoires ou allergiques ?  OUI  NON  
Précisez :.....  
A-t-il eu des otites à répétition ?  OUI  NON  
A-t-il eu des problèmes de hanche ou de dos ?  OUI  NON  
  
Autres maladies importantes :  
A-t-il eu des accidents ?  OUI  NON  
Précisez :.....  
  
A-t-il été hospitalisé, voire opéré ?  OUI  NON  
Précisez :.....

### ETAT DE SANTÉ ACTUEL DE VOTRE ENFANT

*En ce qui concerne les vaccinations, il est rappelé que l'autorisation de travail sur machines dangereuses est conditionnée par une situation vaccinale à jour au regard prévue par la loi.*

A-t-il souvent des rhumes, sinusites, angines, bronchites, otites ?  OUI  NON

Actuellement présente- t-il d'autres troubles ? (asthme, eczéma, allergie, urticaire, pertes de connaissances, malaises, problèmes de dos ou d'articulations, maux de tête, problème de vue ou de fatigue oculaire),

Veuillez préciser : .....

Est-il souvent absent :  OUI  NON

Est-il suivi par un médecin, un psychologue, un psychiatre ?  OUI  NON

Suit-il un traitement ?  OUI  NON

Précisez : .....

Votre enfant est-il intéressé par un métier ?  OUI  NON

Précisez : .....

Avez-vous autre chose à signaler ? (par exemple : caractère, comportement, vie familiale...) :

.....

.....

***Nous vous demandons de confier à votre enfant son carnet de santé, carnet de vaccination et copie de documents utiles en votre possession (compte-rendu récents de radiologie, d'examen biologique, rapports médicaux, etc....).***

### INFORMATION IMPORTANTE

La consommation de produits psycho actifs (alcool, cannabis, autres drogues) et de certains médicaments peut avoir des conséquences sur les travaux règlements ou lors de la conduite d'engins.

Elle peut entraîner une inaptitude à la poursuite de la formation professionnelle dispensée pendant le temps nécessaire.

Je déclare avoir pris connaissance de l'information ci-dessus.

A .....le.....

Signature de l'élève :

Signature des parents :